TRAITEMENT N° 29.

DES

ENGORGEMENTS ARTICULAIRES

ET DES TUMEURS BLANCHES

PAR L'APPAREIL DE SCOTT

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

le 10 juillet 1885

PAR

Georges GUITTARD

Né à Prémian (Hérault)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1885

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN Doyen.
GRASSET..... ....
LANNEGRACE..... Assesseurs

Professeurs.

	Messieurs :
Clinique médicale.	DUPRÉ (✲ C ✠).
Anatomie.	BENOIT (O. ✲ ✠).
Clinique médicale.	COMBAL (✲ ✠).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	CAVALIER (✲).
Physique médicale.	MOITESSIER (✲)
Anatomie patholog. et histologie.	ESTOR
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✲).
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médic.	GRASSET.
Botanique et Histoire Natur. méd.	PLANCHON (✲ ✠).
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	L. DUMAS.
Clinique chirurgicale, ch. du cours	SERRE.
Opérations et appareils. id.	CHALOT.
Pathologie externe.	N.

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. ✲ ✠).

Prof. honor. MM. MARTINS (O. ✲). COURTY (✲). I. DUMAS (✲).

Chargés de Cours:

Clinique des maladies des enfants. MM BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan. GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards. HAMELIN (✲), agrégé.

Agrégés

Messieurs :		Messieurs
JACQUEMET.	MAIRET.	TÉDENAT.
GRYNFELTT.	CHALOT.	BLAISE.
DE GIRARD.	BIMAR.	BAUMEL.
SERRE.	MOSSÉ (✲).	VILLE.
CARRIEU.	REGIMBEAU (✲).	GRANEL.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire.

Examinateurs de la Thèse:

MM. ESTOR, *président;*
DUBRUEIL, professeur;
GRYNFELTT, agrégé.
TÉDENAT, agrégé;

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544308_0110

A MES PARENTS

A MES MAITRES

A MES AMIS

A Messieurs ESTOR et CARRIEU

Pour la bienveillance qu'ils m'ont témoignée pendant le cours de mes études

G. GUITTARD.

INTRODUCTION

Bien avant de commencer mes études médicales, j'avais été saisi de pitié à la vue de pauvres petits êtres malingres, souffreteux, sautillant avec leur béquille, traînant après eux leur jambe déformée, atrophiée, inutile désormais. A ma demande, on avait répondu : ils ont eu une tumeur blanche.

La science est-elle impuissante en face de cette cruelle affection ? Non ; les comptes-rendus des journaux de chirurgie, nos livres, nos maîtres, la fréquentation des hôpitaux nous l'apprennent assez. Souvent nous avons pu voir un malade que tout semblait vouer à la mort, ou tout au moins à la perte de son membre, rendu à la santé avec l'intégrité de toutes ses fonctions.

Dans nos grandes villes, les enfants entourés de soins intelligents, confiés à des maîtres qui peuvent utiliser toutes les ressources de l'art «sans avoir à compter», ont de grandes chances de salut.

Il n'en est pas de même dans nos campagnes, où le méde-

cin est obligé de se croiser les bras, d'assister en spectateur impassible à l'évolution de la maladie qu'il sait être fatale; tout cela, à cause du dénûment, de l'indigence, et, il faut le dire, quelquefois de l'indifférence de la famille, qui est menacée d'une bouche inutile.

En effet, que ferait le médecin? ordonnerait-il les bains de mer? Le voyage est coûteux, la mer éloignée; qui accompagnerait le malade? Prescrirait-il le repos au lit? ils n'en ont pas, ils sont réservés aux grands parents; l'enfant, l'adolescent couchent dans des paillers; les mieux partagés, au coin d'une étable obscure, sur la paille, dont les animaux ne veulent plus.

Dans ces conditions, la cachexie arrive vite, les eschares au sacrum, la suppuration, affaiblissent le malade et la nature accomplit son œuvre de mort.

Ce tableau peut paraître assombri à dessein, mais celui qui aura traversé les hauts-plateaux des montagnes qui longent la vallée du Jaur le trouvera peut-être encore au-dessous de la vérité.

Telles sont les réflexions qui m'ont amené à étudier ce sujet et à proposer l'emploi de l'appareil de Scott. L'appareil de Scott modifié, avec bandage plâtré ou dextriné, est d'un prix peu coûteux; il permet un exercice modéré au malade, n'exige pas des soins de tous les jours et produit d'excellents résultats.

J'ai divisé l'étude de ce sujet en trois chapitres.

La 1re partie est consacrée à l'étude des tumeurs blanches de nature scrofuleuse ou tuberculeuse ; elle comprend: 1° description, 2° symptomatologie, 3° anatomie pathologique, 4° diagnostic, 5° pronostic, 6° traitement.

Dans le 2e chapitre. Description de l'appareil de Scott et des modifications apportées par différents médecins ou chirurgiens.

Enfin, le 3e chapitre se compose des conclusions et des observations.

J'ai largement puisé dans les thèses d'agrégation de MM. André Chandelux (Synovites fongueuses et tendineuses 1883), Nélaton (Tubercule dans les affections chirurgicales 1883), dans le récent Traité de pathologie externe de MM. Poulet et Bousquet, et enfin dans un article du docteur Dhourdin, publié dans la *Gazette médicale de Picardie 1885*. Un article de M. Pécholier (*Montpellier médical*, p. 381, novembre 1879) est reproduit *in extenso*, au chapitre des modifications apportées à l'appareil de Scott. J'ai trouvé des renseignements précieux dans un mémoire de M. Bourdel lu à la Société de médecine et de chirurgie pratiques ; deux observations qui y sont rapportées sont consignées dans ma thèse avec la permission de l'auteur.

Je termine en adressant mes remerciements et l'expression de ma vive reconnaissance à M. Dubrueil, M. Bourdel, M. Tédenat, M. le docteur Saussol pour les renseignements, les indications et les observations qu'ils ont bien voulu me fournir.

TRAITEMENT

DES ENGORGEMENTS ARTICULAIRES

ET DES TUMEURS BLANCHES

PAR L'APPAREIL DE SCOTT

PREMIÈRE PARTIE.

TUMEURS BLANCHES.

Parmi les lésions dont les articulations sont le siège, il en est qui diffèrent par leur nature, leur étiologie; mais elles ont un caractère commun, la chronicité, la tendance à la production du pus et d'un tissu fongueux. Les altérations profondes menacent la vie du patient ou entraînent tout au moins l'impotence du membre et souvent la perte de ses fonctions. C'est ce groupe d'affections qu'on désigne sous le nom de tumeur blanche.

Historique. — Wissemann le premier (1876) englobe dans une même désignation « tumeur blanche », ces affections

articulaires caractérisées par le gonflement de la jointure, sans changement de couleur, auxquelles les anciens donnaient le nom de goutte, scrofule, rhumatisme.

Quelques auteurs ont voulu rappeler par la dénomination les symptômes saillants de ces tumeurs, et les ont appelées tumeurs froides, à cause de la lenteur de leur marche ; tumeurs scrofuleuses, parce qu'elles dépendent de la scrofule ; engorgements séreux, à cause de l'œdème du tissu périarticulaire. Ces diverses appellations ont le tort de n'envisager qu'un côté de la question et de préjuger la nature de l'affection, aussi le nom de tumeur blanche a-t-il prévalu, à cause du vague même de sa signification.

Les chirurgiens remarquent que la lésion débute tantôt par l'os et le cartilage, tantôt par la synoviale et les parties molles, de là une nouvelle division : tumeurs articulaires et périarticulaires.

En 1817, Rust affirme que la maladie a toujours l'os pour point de départ et l'appelle arthrocace.

Viennent ensuite les recherches de Laënnec. En 1836, Nélaton, examinant des préparations, reconnaît le tubercule et admet que les fongosités sont quelquefois de nature tuberculeuse ; il n'affirme pourtant pas qu'elles le soient toujours.

En 1845, Bonnet divise les tumeurs blanches en trois groupes : arthrite fongueuse, abcès froid et arthrite tuberculeuse.

Villemin démontre la spécificité de la tuberculose en 1867.

En 1869, Koster découvre le tubercule dans les fongosités des tumeurs blanches.

Depuis 1874, les travaux de Volkmann, Kœnig (en Allemagne), J. Roux, Laveran, Lannelongue, Kiener en France, tendent à démontrer l'identité de la scrofule et de la tuberculose « nettement établie par ce dernier. » Ils séparent de l'arthrite tuberculeuse les arthrites inflammatoires (rhuma-

tisme, fièvre puerpérale, rougeole, scarlatine, blennorrhagie), en se basant sur la présence du tubercule démontrée par l'examen microscopique.

Siége. — Les articulations des membres inférieurs, par ordre de fréquence, sont le plus souvent atteintes à cause du travail, de la fatigue auxquelles elles sont soumises : marche, poids du corps. Viennent ensuite les articulations des membres supérieurs.

Les amphiarthroses ou symphyses occupent un rang bien inférieur ; elles présentent une certaine immunité, à l'exception toutefois de la colone vertébrale.

L'ordre de fréquence de la tumeur blanche dans les diverses articulations des membres ne peut être établie que par une statistique qui diffère pour chaque auteur ; ainsi Nélaton admet que l'articulation du genou occupe le premier rang, tandis que Crocq classe au premier rang l'articulation de la hanche ; viennent ensuite les articulations du pied, du poignet, du coude et enfin celles de la colonne vertébrale.

Étiologie. — Aucun âge n'est à l'abri des tumeurs blanches ; mais c'est surtout parmi les enfants, les adolescents que cette affection choisit ses victimes. Elle n'épargne pas même le fœtus qui porte en naissant des luxations congénitales du fémur, dont l'origine peut être attribuée à cette lésion.

Sur 140 cas d'arthrite fongueuse, Crocq en relève : 50 pour les enfants de 10 ans, passé 30 ans le nombre décroît pour devenir très rare après 50 ans.

Les causes prédisposantes sont : un tempérament faible, la scrofule, l'hérédité, les mauvaises conditions hygiéniques, habitations malsaines et obscures, alimentation insuffisante ou de mauvaise nature, défaut d'exercice ; enfin, toutes les conditions qui affaiblissent l'organisme: excès, maladies.

Le terrain préparé, il suffit qu'une cause locale ou générale, traumatisme, contusion, entorse, une fièvre puerpérale, rhumatisme, scarlatine, etc., détermine une inflammation articulaire qui devient le point de départ de la tumeur blanche.

Aux causes locales déjà énumérées, il faut ajouter l'ostéite, la carie, la nécrose des os, la fatigue des articulations.

Aux causes générales, la syphilis, la blennorrhagie.

Les deux sexes sont à peu près également atteints, mais en raison des travaux auxquels l'homme est soumis, on pourrait faire une légère différence pour le sexe masculin.

L'hérédité joue un grand rôle dans le développement de la maladie, surtout si on considère son influence sur le tempérament et la constitution du sujet. Bonnet cite un cas qui montre bien l'origine héréditaire. Une demoiselle est atteinte d'une tumeur blanche du genou, sa mère avait été coxalgique, l'oncle maternel avait succombé à une tumeur suppurée du genou et un frère boîtait depuis sa naissance.

SYMPTOMATOLOGIE.

Il est difficile de comprendre dans une même description les symptômes que présentent les tumeurs blanches, parce qu'ils diffèrent suivant le siège de la lésion; synoviales articulaires ou synoviales tendineuses. Nous les décrirons donc à part.

Phénomènes locaux. — *1° Synovites articulaires.* — Le début est généralement lent, insidieux, il se fait par poussées successives et éloignées. Néanmoins, on a vu la maladie offrir les symptômes d'une affection rhumatismale aiguë. Cette forme

aiguë, peut être provoquée par l'ouverture dans l'arthrite d'un foyer tuberculeux des épiphyses osseuses.

Dans la forme lente « la plus ordinaire », les malades se plaignent de pesanteur dans le membre. Si l'affection siège dans le membre inférieur, ils traînent la jambe et se tournent souvent le pied en marchant.

Les douleurs sont sourdes, s'exaspèrent par l'exercice, diminuent quelquefois par la continuation de la marche et se calment par le repos. Chose remarquable, la douleur est ressentie par le malade dans un point éloigné du siège de la douleur; ainsi, dans la coxalgie, la douleur est intense au genou. On a proposé plusieurs théories pour expliquer ce phénomène. Les anciens l'expliquaient par la sympathie. Rust et Richer invoquaient la propagation inflammatoire de la diaphyse de l'os à l'articulation; mais si cette hypothèse était vraie, il faudrait que dans les tumeurs du genou la douleur fût ressentie dans la hanche: cela ne se passe pas ainsi. Panas et Ollier s'élèvent contre cette théorie; ils font remarquer, avec raison, que la douleur devrait augmenter avec l'ancienneté de la lésion ; il n'en est rien: la douleur, vive au début, va en s'atténuant. disparaît même.

Thompson suppose que la douleur est due à une névrite et que le malade rapporte la douleur à la terminaison du nerf; comme un amputé de la jambe se plaint de son pied.

En somme, ces explications ne sont pas justifiées.

L'intensité de la douleur dans l'articulation malade est modérée, elle est exagérée par la pression et les mouvements.

Le choc des deux os qui composent l'article n'augmente la douleur que lorsque les os sont malades; elle n'est pas accrue au contraire si la synoviale seule est affectée.

Le *gonflement* accompagne la douleur ; il est apparent, surtout dans les points où la synoviale n'est recouverte que par

un tissu d'une faible épaisseur ; plus tard, il se généralise, il imprime au membre une déformation dont l'aspect varie avec l'articulation attaquée. En même temps on constate de l'empâtement par la palpation de la région, les fongosités prennent naissance et donnent alors une impression de fausse fluctuation que l'on distingue de la vraie fluctuation produite par un liquide ; dans ce dernier cas, en ce qu'elle se transmet d'un bord articulaire au bord opposé.

La *crépitation* appartient au début, elle cesse dès que les fongosités ont envahi les surfaces cartilagineuses.

Attitudes vicieuses. — Un peu après le début, les membres envahis par la tumeur blanche affectent certaines attitudes dont la plus ordinaire est la demi-flexion.

Hunter expliquait cette attitude par la sympathie. Bonnet chercha à s'en rendre compte en poussant des injections forcées dans les articulations des cadavres : dans la plupart des cas, il constata que le membre prenait cette position. Cette théorie mécanique est en défaut, la demi-flexion ne se produit pas dans l'hydarthrose. Bell prétendit que le malade se mettait instinctivement dans cette position pour éviter la douleur, en donnant le plus grand relâchement possible à la synoviale. Contrairement à ce que pensait Bell, la douleur est diminuée, disparaît même par le redressement du membre. Les réflexes déterminés par l'irritation des nerfs du voisinage de l'articulation excitent les muscles, et de l'action prédominante des fléchisseurs résulte la demi-flexion. Toutes ces théories sont passibles d'objections ; on ne peut que constater le phénomène et sa plus grande fréquence dans les membres inférieurs.

Période d'état. — Après la période du début, les douleurs s'apaisent, à moins qu'une nouvelle formation de fongosités

ne vienne les réveiller. Des saillies se montrent dans les parties où le tissu cellulaire est le moins épais, la peau pâlit, se sèche ; un réseau veineux la parcourt, et laisse voir ses mailles par transparence. Les troubles de nutrition, dus à l'évolution de la maladie, déterminent bientôt l'atrophie du membre, que n'expliquerait pas suffisamment l'immobilité à laquelle il est soumis. Tous ces actes s'accomplissent sans que la main puisse constater une élévation de la température dans l'articulation atteinte.

Période de suppuration ou de réparation. — L'articulation est envahie par le pus dû à la destruction des fongosités; il peut fuser aussi dans les gaînes tendineuses. L'inflammation gagnant de proche en proche le tissu cellulaire, devient le siége de nouveaux abcès qui, à leur tour, se feront jour à à l'extérieur; mais le plus souvent dans l'article, et à ce moment, l'articulation est distendue par le liquide, on perçoit la fluctuation, la peau rougit dans les endroits qui livreront passage au pus par des fistules. La synoviale et les ligaments détruits par la transformation purulente permettent des mouvements anormaux au membre. C'est ainsi qu'on constate des mouvements de latéralité dans l'articulation du genou.

Les fistules formées peuvent avoir deux destinations : ou bien elles persistent indéfiniment, ou bien les fongosités subissent une transformation fibreuse et la guérison est assurée par une ankylose.

La suppuration de la fongosité n'est pas toujours la terminaison fatale; des travaux de Maurice Pollosson, il résulte que les fongosités tuberculeuses peuvent se transformer en tissu fibreux, comme on l'observe dans les nodosités tuberculeuses du poumon. Dans ce cas, très rare à la

vérité, on obtient le retour complet des fonctions du membre *restitutio ad integrum.*

Synovites tendineuses. — La marche des synovites fongueuses tendineuses est encore plus silencieuse que dans les arthrites fongueuses de l'articulation, c'est à peine si le malade s'en aperçoit. Depuis quelque temps « si l'affection siège au membre inférieur », il remarque qu'il se fatigue rapidement, qu'il traîne ses jambes. Le membre supérieur est-il atteint, sa force diminue, le malade serre avec peine les objets, il devient maladroit. Enfin, apparaît un gonflement qui reproduit la forme des gaînes tendineuses, allongées suivant l'axe du membre, curviligne à l'articulation du cou-de-pied en forme de bissac, si quelque ligament vient brider la gaîne tendineuse, le ligament antérieur du carpe, par exemple au poignet. La tumeur ainsi formée suit les mouvements de latéralité qu'on lui imprime, mais elle ne se déplace pas suivant la direction de l'axe du tendon. On peut encore constater le déplacement en faisant contracter les muscles dont les gaînes sont tuméfiées. De consistance ferme, élastique au début, la tumeur devient molle, donne une sensation de fausse fluctuation, pour devenir fluctuante à une époque plus avancée ; la transformation purulente est établie. Ce foyer de suppuration, dans les poussées vives, donne naissance à des douleurs irradiées qui ont pour caractère principal de se montrer surtout dans le membre supérieur et de suivre une marche ascendante. Ainsi, une tumeur du poignet éveillera des douleurs dans l'épaule correspondante.

La propagation de l'inflammation aux nerfs du voisinage détermine d'abord une excitation des nerfs, d'où l'hyperesthésie; mais cette action s'épuise et la paralysie ou anesthésie lui fait suite. La peau s'amincit, des bosselures violacées

font saillie; un réseau veineux les enlace; la lésion progressant, la mobilité transversale de la tumeur disparaît. Les fongosités envahissent les articulations voisines, donnent naissance à une synovite secondaire, de même que nous avons vu la synovite tendineuse succéder à l'arthrite synoviale fongueuse. Le mode de propagation a été signalé par Bonnet et confirmé par les chirurgiens. Les téguments continuellement distendus se perforent et laissent sourdre un liquide séro-purulent non fétide et des fongosités qui envahissent le voisinage.

Atrophie du membre. — L'atrophie du membre est une suite ordinaire de cette maladie. Valtat considérant que l'immobilité du membre est peu prononcée, explique l'atrophie par un effet réflexe. On comprend que l'altération, la destruction des muscles, des tendons, détermine des déformations, des déviations par leur rétraction ou par leur solution de continuité: c'est d'ailleurs ce que l'on observe. Contrairement à ce qu'on pourrait croire, l'engorgement des ganglions ne se produit que très rarement.

Symptômes généraux. — Les symptômes généraux sont communs aux synovites fongueuses et aux synovites tendineuses, mais avec une acuité plus marquée dans ces dernières. La fièvre s'éveille avec chaque poussée de fongosités ou avec une complication érysipélateuse, si fréquente dans les trajets fistuleux. Les frissons, la céphalalgie, compagnons inséparables de la fièvre disparaissent avec elle, si elle est survenue sous l'influence d'une cause locale transitoire. Enfin, arrive la cachexie avec son cortège: anorexie, émaciation du sujet, diarrhée rebelle, et le malade meurt épuisé par la suppuration, présentant quelquefois une dégénérescence amyloïde des reins. Les eschares au sacrum compliquent

la maladie lorsque le patient est obligé à garder le décubitus dorsal.

Avant d'arriver à cette période, le malade peut être emporté par la localisation de la tuberculose sur les poumons, les méninges ou l'intestin; cette terminaison est la plus fréquente.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Arthrites fongueuses synoviales. — Lannelongue, Pollosson, Kœnig, ont décrit des variétés d'arthrite tuberculeuse: 1° Une arthrite miliaire aiguë caractérisée par des semis de granulations sur la synoviale. La fièvre accompagne cette forme; on observe en même temps des manifestations viscérales; 2° une forme polypeuse analogue aux lypomes, de nature tuberculeuse, avec hydarthrose observée et décrite par Kœnig sous le nom d'*hydrops tuberculosus.*

Synovite tuberculeuse. — La lésion occupe les culs-de-sac articulaires; la synoviale, d'abord congestionnée, s'enflamme; ses éléments prolifèrent, des vaisseaux sanguins de nouvelle formation apparaissent et les fongosités se forment. Ces fongosités, véritables bourgeons charnus, ne diffèrent de celles de l'arthrite simple traumatique, que par la présence des granulations tuberculeuses. Tandis que les premières tendent à la formation d'un tissu, les secondes aboutissent à la caséification ou nécrose. La circulation de ces bourgeons est très active; lorsqu'elle est entravée, la nécrobiose arrive et les produits tombent dans l'article, donnant un nouvel aliment à l'envahissement de l'articulation.

La synoviale a acquis une grande épaisseur: des bourgeons grisâtres, s'il y a suppuration, roses, hémorrhagiques la

tapissent. L'examen à la loupe permet de découvrir çà et là des granulations jaunes ou opalines, de nature tuberculeuse et des grumeaux caséeux. Enfin, l'accumulation des fongosités et du pus distend la synoviale et la rompt, versant au-dehors les produits accumulés. Les fongosités peuvent, avant ou après la suppuration, se transformer en tissu fibreux,

Lésions du cartilage. — Les parties centrales sont d'abord affectées, les cellules cartilagineuses prolifèrent dans ce point. En même temps, de la partie de l'os en rapport avec la face profonde du cartilage s'élancent des fongosités qui perforent le cartilage.

La substance striée de celui-ci se sépare en fibres connectives donnant un aspect effiloché, altération velvétique de Redfern. Pendant que la face profonde du cartilage a subi ces altérations, les cellules superficielles ont proliféré de leur côté, quelques-unes ont subi la transformation graisseuse. D'après Kiener, cette chondrite n'est pas spécifique, et les bourgeons fongueux ne deviennent tuberculeux que lorsque après la perforation du cartilage ils sont contaminés par les germes articulaires.

Lésions des os et des parties molles. — Dans la tuberculose articulaire primitive, les os sont enflammés; on observe une dégénérescence graisseuse et l'amincissement des trabécules. L'infiltration tuberculeuse est disposée par traînées en forme de coin, à base dirigée vers la surface. Le périoste irrité, donne naissance à des ostéophytes. Les parties molles sont œdématiées; elles s'épaississent, présentent à la coupe un aspect lardacé avec écoulement d'un suc citrin.

Des abcès se forment dans le voisinage, dans les gaines tendineuses; la peau s'amincit, se perfore et les fistules sont constituées.

Tuberculose articulaire osseuse ou arthrocace. — Dans ce cas,

le travail tuberculeux débute par les épiphyses, affectant deux formes. Dans une première, le tubercule est chronique, tantôt circonscrit avec ou sans séquestre. Dans une deuxième forme, le tubercule tardif, à marche rapide, s'infiltre dans l'os et reproduit les lésions de l'arthrite fongueuse.

Tubercule primitif et chronique. — Un tubercule se développe, il n'entraîne pas d'abord une grande réaction, si l'individu est sain, s'il ne présente pas d'autres manifestations tuberculeuses ; mais cette épine finit par déterminer une irritation de l'articulation, qui se traduit par une synovite congestive. Celle-ci ne deviendra spécifique que lorsque les produits tuberculeux auront envahi l'articulation après la perforation du cartilage. Le tubercule, dans sa marche envahissante, rencontre le cartilage, celui-ci s'ossifie, devient dur et poli, éburné ; pendant quelque temps il oppose une barrière à la progression de la lésion, mais enfin elle se fait jour. A ce moment une inflammation plastique survient, les fongosités deviennent tuberculeuses et la tumeur blanche est constituée.

Si le tubercule est circonscrit, avec ou sans séquestre, il provoque la synovite congestive comme dans le cas précédent. Le tubercule s'entoure d'une membrane granuleuse, le pus est sécrété, alors il se fait jour vers l'articulation en ulcérant le cartilage, ou bien au dehors. Cette circonstance est heureuse, car elle permet l'élimination du séquestre.

Volkmann cite un autre mode ; le pus décolle le périoste et fuse vers l'articulation. Le périoste irrité sécrète de nouvelles couches. Dans ce cas, la marche de la tuberculisation est plus rapide, car elle n'a pu être arrêtée par le cartilage.

Voici le processus histologique : La moelle passe à l'état embryonnaire, les cellules adipeuses se segmentent ou disparaissent par résorption. Les capillaires laissent passer

les leucocytes par diapédèse, pendant que les cellules endothéliales se gonflent, obstruent la lumière des capillaires et forment, avec les leucocytes, des cellules géantes. Les vaisseaux continuent à s'oblitérer, la nécrose des éléments qui en est la conséquence, entraîne la dégénérescence granulo-graisseuse (matière caséeuse), enfin, le pus est formé.

Les trabécules osseuses privées de vie par l'élimination de la moelle, sont tapissées par des bourgeons charnus, l'ostéite tuberculeuse rongeant l'os poursuit sa marche vers l'épiphyse.

En même temps que se produit cette corrosion lacunaire, des parties osseuses s'épaississent et fourniront les éléments des séquestres.

Du côté du cartilage, les modifications déjà décrites se reproduisent : il est déchiqueté, effiloché à sa surface par l'aspect velvétique. Du côté de sa face profonde (celle qui est en rapport avec l'os), il s'ossifie, ossification éburnée.

La substance fondamentale du cartilage se fond et les lacunes produites sont comblées par l'ossification. La couche cartilagineuse s'amincit, se perfore, le germe infectieux pénètre dans l'articulation et tout se passe comme dans la forme articulaire.

DIAGNOSTIC. — PRONOSTIC.

Diagnostic. — Nous ne nous occuperons pas ici de la forme aiguë d'origine rhumatismale, puerpérale, scarlatineuse, traumatique, pyohémiqne, la notion étiologique suffira à les distinguer.

La synovite articulaire est remarquable par la lenteur de son évolution; le maximum de fréquence est observé chez les enfants et surtout sur ceux qui ont ou ont eu des manifestations scrofuleuses.

Hydarthrose. — Dans cette affection, peu ou point de douleur ni de gêne, fluctuation franche, distension d'emblée de toute l'articulation et, caractère important, pas de déviation du membre.

Rhumatisme chronique. —Etudier les antécédents : manifestations polyarticulaires, déplacement de la maladie, craquements de l'articulation si on lui imprime des mouvements.

Le gonflement est peu considérable, la région ne présente pas la mollesse des fongosités, on remarque au contraire des indurations. Enfin, la maladie au lieu de s'aggraver s'atténue et présente des intermittences avec retour à la santé.

Arthrites sèches.— Déformation de la jointure, craquements très nets, production d'ostéophytes d'ecchondroses. Le membre prend rarement une attitude vicieuse ; on peut cependant constater quelquefois des mouvements anormaux de latéralité dus à la présense de corps étrangers intra-articulaires.

Tumeurs des épiphyses.— Dans ce cas, les mouvements spontanés ou provoqués sont possibles, tant que le développement exagéré de la tumeur n'y porte pas obstacle. La dureté de la tumeur, la crépitation parcheminée et enfin le suintement fétide des ulcérations, lorsqu'elles se produisent, ont des caractères assez nets pour permettre d'établir le diagnostic.

Ostéïtes épiphysaires ou juxta-épiphysaires. — L'inflammation de l'os se propage vite à l'articulation, de sorte que la difficulté du diagnostic devient grande à ce moment. Si on assiste au début, on verra que la tuméfaction est limitée à l'os; de plus, on sait que la douleur domine quand c'est l'os

qui est atteint, qu'elle est au contraire nulle ou presque nulle dans le gonflement des parties molles. Le mouvement et le choc des parties de l'articulation l'une contre l'autre produisent la douleur. Quant à l'attitude du membre, elle ne devient vicieuse que fort tard.

Synovites fongueuses des tendons. — Le gonflement reproduit la forme des gaines tendineuses, la tumeur est mobile latéralement, le siège ordinaire de la maladie est le poignet et le cou-de-pied. Enfin, les mouvements communiqués à l'articulation indiquent son intégrité.

Périarthrites. — Ici on ne rencontre pas la fausse fluctuation des fongosités, la face externe de la synoviale est seulement épaissie, indurée. Douleur au niveau des bourses tendineuses du voisinage et des os ; l'articulation est un peu gonflée.

Les artropathies syphilitiques sont ordinairement localisées sur les os et le périoste; la douleur présente un caractère particulier, elle s'exagère la nuit, elle est ostéocope. Les gommes sont rénitentes et ne donnent pas la sensation de fausse fluctuation. Enfin, les accidents qu'a présentés ou présente le sujet, éclaireront le diagnostic.

Les kystes synoviaux ont le caractère des synovites; mais la régularité de la tumeur persiste indéfiniment et la fluctuation est très franche. Si le kyste contient des *grains riziformes*, ils présenteront la crépitation due à la collision des grains.

Les lypomes ne présentent pas la disposition des gaînes tendineuses et on peut déplacer la tumeur dans tous les sens;

enfin, la tumeur reste immobile, malgré la contraction des muscles auxquels appartient la gaîne supposée malade.

Les synovites tendineuses syphilitiques se traduisent ordinairement par un gonflement moindre que celui des synovites fongueuses; elles donnent lieu en outre à une crépitation sèche. Si une gomme a pris naissance, on la distinguera à son induration. Quelquefois un épanchement franchement fluctuant sera dû à la syphilis. La coïncidence de lésions syphilitiques sur le corps, accidents secondaires ou tertiaires, servira à établir le diagnostic. En tout cas, le traitement anti-syphilitique servira de pierre de touche.

Le cancer imprime un cachet particulier à celui qui en est atteint, cachexie, teinte jaune-paille. La tumeur est adhérente, présente des nodosités, elle se couvre de bourgeons friables, saignants, laissant écouler un suc ichoreux, d'une fétidité particulière. L'âge du malade, le cancer atteint généralement les gens âgés; la tumeur blanche est au contraire propre au jeune âge et à l'adolescence.

Faut-il faire le diagnostic différentiel avec les *tumeurs érectiles* et les *anévrysmes?* Les battements qui les animent, leur réductibilité semblent devoir écarter toute cause d'erreur.

Quoique l'identité de l'arthrite fongueuse tuberculeuse et de l'arthrite fongueuse scrofuleuse soit admise, il ne sera pas mauvais d'indiquer les essais faits pour arriver à cette distinction.

Roux, élève d'Ollier, dit à propos de l'arthrite tuberculeuse (dans l'état actuel de la science), le diagnostic entre l'arthrite fongueuse scrofuleuse et l'arthrite fongueuse tuberculeuse est impossible. Il essaie néanmoins d'arriv er à une différenciation, et voici les propositions qu'il émet:

ARTHRITE TUBERCULEUSE	ARTHRITE SCROFULEUSE.
Spontanée.	Consécutive à un traumatisme, à une contusion.
Peu de réaction inflammatoire, lésions osseuses et cartilagineuses tardives.	Bouffissure articulaire, œdème sous-cutané, sensation de masses volumineuses et élastiques dures plus fluctuantes, craquements articulaires rapides, résorption rapide des os, friabilité des épiphyses au stylet; raccourcissement.
Plus fréquente chez les adultes.	Plus fréquente chez les enfants.

Priou, thèse de Paris 1878, reconnaît que l'arthrite tuberculeuse se développe chez les sujets présentant des lésions tuberculeuses ou des antécédents héréditaires. Elle offre pour caractère, l'épaississement des parties molles et le glissement facile sur les surfaces articulaires.

En somme, incertitude des signes pour le diagnostic.

Pronostic. — En général défavorable, la résolution est rare; l'ankylose, la perte d'un membre, la mort sont les terminaisons les plus ordinaires. On comprend que le pronostic variera avec l'état général du malade, avec sa condition sociale et surtout avec l'importance de l'articulation atteinte. Si l'affection tuberculeuse n'est pas généralisée, l'intervention sera utile et, dans les cas où d'autres organes seraient atteints, l'ablation du membre modifierait avantageusement l'état général, suivant Gerdy. Si les conditions d'habitation, d'alimentation, d'hygiène en un mot sont bonnes, le sujet opposera une plus grande résistance à l'envahissement de la maladie. La gravité de l'affection est en raison directe des dimensions de l'articulation : ainsi, une arthrite du genou ou de la hanche présentera plus de dangers qu'une arthrite des doigts par exemple. Le voisinage d'un organe important, articulation occipito-atloïdo-axoïdienne augmentera les chances défavorables. Le pronostic sera au contraire atténué suivant la nature rhu-

matismale ou syphilitique dont un traitement approprié peut avoir raison.

TRAITEMENT.

Les tumeurs blanches reconnaissent pour cause la scrofule et la tuberculose, il faudra donc s'adresser à ces diathèses, les combattre, tout en cherchant à modifier l'état local. De là, la division du traitement en : 1° traitement général ; 2° traitement local.

Traitement général. — Il faut placer le malade dans les meilleures conditions hygiéniques, il habitera une maison exposée au soleil, saine, aérée. L'alimentation sera abondante et azotée. On aura recours aux toniques, vin de Bordeaux au repas, quinquina, fer, arsenic, huile de foie de morue, exercice au grand air, hydrothérapie, bains de mer, etc.

Zannellis, thèse de Paris de 1882, inspiré par Bouchard, admet que dans la tuberculose et la scrofule, il y a une production exagérée d'acide oxalique retenu par le sang. Partant de cette idée, il institue le traitement qui suit :

1° Fixer l'acide oxalique par l'eau de chaux, pour former de l'oxalate de calcium, qui, en présence du phosphate de sodium, devient soluble et s'élimine par les reins.

2° Activer les combustions des acides par le bicarbonate de sodium et l'exercice autant que pourra le permettre l'état de l'articulation ;

3° Stimuler les mutations nutritives en excitant les nerfs périphériques par les bains de mer, les bains chauds, les bains sulfureux artificiels et l'hydrothérapie.

4° Ranimer les fonctions languissantes du tube digestif par les amers, les préparations de quinquina, une nourriture à

la fois légère et substantielle et par les boissons fermentées;

5° Modifier et favoriser la nutrition, par les préparations iodées et par des matériaux réparateurs, tels que le lait, l'huile de foie de morue et les préparations ferrugineuses;

6° Enfin, on peut conseiller le benzoate de sodium à l'intérieur et l'eau créosotée en inhalations, qui, d'après les expériences de Schüller, exercent une influence très favorable sur les inflammations tuberculeuses des articulations.

Nous recommanderons en passant l'appareil de Le Fort (de Lille) décrit par Dujardin-Beaumetz, dans ces leçons cliniques de thérapeutique. Cet appareil, que sa simplicité met à la portée des bourses les plus modestes, se compose d'un flacon à deux tubulures. On verse le liquide à inhaler jusqu'à la hauteur de la tubulure latérale, le malade respire par la tubulure supérieure.

Traitement local. — Le premier traitement conseillé, a été le repos au lit, mais ce mode de traitement est tout-à-fait insuffisant, le malade s'agite, l'immobilisation n'est pas assurée et le membre prend bientôt une attitude vicieuse.

Pendant longtemps on n'a presque rien tenté pour combattre cette terrible affection. On amputait le membre quand les désordres du côté de l'articulation pouvaient compromettre l'état général ou même les fonctions du membre. Ce fut surtout pendant la période de l'Académie royale de chirurgie que l'amputation fut employée. J.-L. Petit fut même obligé de s'élever contre l'abus qu'on en faisait. Les chirurgiens anglais de la fin du siècle dernier la condamnèrent aussi, et employèrent les méthodes de compression et d'immobilisation. Boyer suivit l'école anglaise et restreignit l'amputation aux cas où la maladie menacerait d'amener l'épuisement. En pratiquant trop tôt l'amputation, disait-il, on a plus d'une fois mutilé des sujets qui, abandonnés à la nature, auraient

pu conserver, non seulement leur vie, mais encore leur membre.

A. Cooper, Gerdy, Bonnet, Sentin, se rattachèrent aux idées de Boyer, tandis que Lisfranc, Jobert et Velpeau, peu convaincus de l'efficacité des autres méthodes, continuèrent à amputer. Depuis cette époque, on est plus réservé dans l'emploi des amputations contre les tumeurs blanches.

Avant d'avoir recours à ce moyen radical, on essaie la *résection articulaire.* Indiquée par Paul d'Egine, puis par A. Paré et Scultet, c'est surtout avec Withe, dans la seconde moitié du siècle dernier, que cette opération fut mise en pratique. Les résections sont préférables aux amputations, quand les lésions osseuses ne sont pas trop étendues et qu'il n'y a pas trop de dégâts du côté des parties molles. Elles ont sur l'amputation l'avantage de laisser subsister un membre qui rendra souvent de grands services.

La *résection* a été prônée par Volkmann, Kœnig (en Allemagne), par Ollier (en France). Ses résultats sont bons, quand l'organisme n'est pas envahi et que l'affection est localisée à l'os.

117 résections ont donné : 25 morts, 18 non améliorés, 74 guérisons dans l'espace de six mois à un an.

Les résultats ne sont plus aussi satisfaisants quand on opère chez les tuberculeux. Ainsi dans une statistique de Leroux, on voit que sur 50 cas de résection, il y a eu : morts 36, guérisons complètes 9, incomplètes 5.

Amputations 44 cas : morts 27, guérisons complètes 12, incomplètes 5.

Dans ce cas, l'amputation offre de meilleurs résultats que la résection.

Intervention du chirurgien dans les manifestations externes de la tuberculose. — Le chirurgien a une action incontestable sur

l'affection locale qu'il peut faire disparaître. Il modifie même avantageusement l'état général en tarissant un foyer de suppuration, en débarrassant le malade d'une lésion douloureuse et gênante. Trélat 1881, disait à la Société de chirurgie: Il faut opérer dès qu'une lésion tuberculeuse est reconnue, même dans les cas de lésions pulmonaires, parce qu'on guérit: 1° la lésion externe; 2° on permet au sujet de reconstituer son organisme; 3° on le débarrasse d'un foyer d'infection; 4° on lui donne des chances de voir s'améliorer ses lésions pulmonaires.

Th. Anger, 27 novembre 1878, séance de la Société de chirurgie, se montre partisan de l'intervention.

Cependant tous les chirurgiens ne sont pas du même avis, et Verneuil (Société de chirurgie, 1883, p. 159, et *Semaine médicale*, 1833, N° 21, p. 104), dit: En ce qui concerne les affections tuberculeuses, l'aggravation de la phtisie pulmonaire par les opérations n'est plus à démontrer. Le succès opératoire existe quelquefois, l'insuccès thérapeutique est la règle; en somme, l'amputation et la résection ne sont employées que dans les cas extrêmes ou ceux qui ne permettent aucune chance de guérison.

On n'opère plus guère que lorsque le traitement local et général a échoué; lorsque les abcès restés ouverts forment des trajets fistuleux qui donnent lieu à une suppuration interminable, lorsque des portions d'os nécrosés et mis à nu, n'ont aucune tendance à l'élimination; quand enfin des phénomènes généraux commencent à se montrer, il y a alors indication pressante à débarrasser le malade, soit par une amputation, soit par une résection, suivant le cas, d'un foyer de suppuration qui l'épuise et le conduit à une issue fatale.

De nos jours, quand il n'y a pas indication pressante, on préfère à l'amputation et à la résection hâtive, des méthodes,

qui, mises en pratique de bonne heure, donnent le plus souvent de magnifiques résultats.

Nous allons passer rapidement en revue les différents moyens employés, en les énumérant, nous réservant de nous étendre plus longuement sur l'appareil de Scott qui fait l'objet de cette thèse :

1° *Redressement brusque* (de Bonnet). — Le sujet est anesthésié, on opère le redressement du membre en une ou plusieurs séances et on le maintient dans sa nouvelle position, avec des appareils spéciaux. Cette opération diminue la douleur et assure dans les cas d'ankylose la fixation du membre dans la position la plus favorable.

2° La *distraction's méthode* est le redressement lent à l'aide de poids proportionnés à l'âge et à la force du sujet.

Injections. — On a employé avec succès les injections au sulfate de zinc au dixième, additionné de trois fois son volume d'alcool, l'acide phénique, un à deux grammes d'une solution à 2 °/₀. Hueter se sert d'une solution à 3 °/₀. Franzoolini va jusqu'à 35 et 50 °/₀.

L'iodoforme surtout donne de bons résultats. Mikulicz, Sée vantaient les injections éthérées d'iodoforme, 5 à 10 gr. Il faut employer de petites quantités d'iodoforme, à cause du danger de l'empoisonnement ; des cas de mort à la suite de cette injection sont signalés par Kœnig et Ledentu. Tédenat préfère une solution d'iodoforme dans la glycérine, à cause de l'action irritante de l'éther.

La *Cautérisation*, utilisée par Hippocrate, tomba dans l'oubli. Pouteau la fit revivre. Bonnet l'appliqua aux arthrites fongueuses et traça certaines règles. Le fer doit être chauffé

au rouge-cerise et passé plusieurs fois dans les mêmes raies, de manière à agir profondément. On a encore eu recours à la pâte de Vienne recouverte d'un bandage inamovible. Mais cet agent n'a pas la valeur du fer rouge. La cautérisation n'a pas seulement la révulsion pour but, elle va exciter profondément les tissus et provoque la formation du tissu fibreux.

L'*Ignipuncture* est pratiquée au moyen d'aiguilles recourbées munies de boules à l'extrémité coudée. Ces boules servent à emmagasiner la chaleur. L'instrument est chauffé au rouge blanc et enfoncé dans les fongosités ; on a le soin d'entourer les tissus voisins de compresses mouillées. L'opération terminée, on entretiendra pendant 8 à 10 jours des compresses arrosées d'eau froide, à cause de l'inflammation vive qui se développe.

Curage, grattage, raclage. — Sédillot (De l'évidement des os, Paris 1860) est le premier qui ait érigé en méthode cette pratique ; il se servait de gouges, de rugines. Volkmann perfectionna le procédé, posa les indications. Il employait une cuillère à bords tranchants, l'introduisait dans la cavité articulaire en pénétrant par les trajets fistuleux et raclait les fongosités de l'articulation. Il est nécessaire de recourir après chaque opération au traitement antiseptique, injections phéniquées dans l'articulation, ou mieux, introduction de poudre d'iodoforme 20 à 60 gr. Il faut agir avec prudence et ne pas oublier les accidents signalés plus haut, dans l'emploi de l'iodoforme.

En 1879, Létiévant expose au congrès d'Amsterdam une modification apportée à ce procédé. Jusqu'alors on n'avait introduit la curette que par les trajets fistuleux, il réunit par une incision un ou plusieurs trajets fistuleux, et n'hésite pas

même à mettre à nu l'articulation quand ils n'existent pas. Cette méthode, que l'auteur a appelée *Arthroxésis*, donne de bons résultats pour l'articulation du coude surtout. Elle permet d'éviter l'altération de l'os et conserve les ligaments et la capsule.

La *Fongotripsie* imaginée par Daniel Mollière n'est que la substitution de la main à l'instrument tranchant.

L'opérateur pétrit les fongosités avec ses doigts, les fait saillir par les fistules et les énuclée. Cette opération est très douloureuse; la séance ne doit durer qu'une à deux minutes. De plus, on ne peut aller chercher les fongosités recélées dans les anfractuosités. La fongotripsie n'est applicable que dans les cas de fongosités des synovites tendineuses.

L'anthrotomie est une opération brutale, qui consiste à enlever la synoviale au moyen de la dissection. Ce résultat n'est obtenu qu'au prix de grands désordres, les autres méthodes sont préférables. Les auteurs de ce procédé sont A. et Eug. Bœckel (*Gazette médicale de Strasbourg* 1877 et 1879).

L'*immobilisation* complète, absolue de l'articulation entre en 1re ligne. Au début, quand l'inflammation est vive, et que les phénomènes sont aigus, on applique en même temps des émollients, des cataplasmes et des calmants; plus tard, quand cette période est passée (et disons-le, elle n'existe pas toujours), on a recours aux révulsifs (vésicatoires, pointes de feu, ignipuncture, etc.); puis enfin, mais toujours concurremment avec l'immobilisation, on met en pratique la *compression*.

La condition la plus essentielle pour la résolution de toute phlegmasie, c'est le repos absolu de l'organe.

L'immobilité est l'antiphlogistique par excellence, «c'est comme le dit Richet, le point capital du traitement des syno-

vites.» Elle soulage les malades de ces douleurs atroces qui les tourmentent pendant le jour, qui les privent de sommeil pendant la nuit, et arrivent à les épuiser si rapidement. Aussi faut-il l'appliquer de bonne heure, non seulement à la période d'inflammation, mais encore plus tard quand celle-ci a entièrement disparu; car c'est un moyen aussi efficace pour combattre l'inflammation déclarée, que pour prévenir son apparition ou son retour.

De plus, quand la guérison survient par ankylose, on peut obtenir celle-ci dans une bonne position, ce qui est aussi un grand point à considérer.

L'immobilisation a surtout été défendue et préconisée par Bonnet, et, il y a quelques années, par M. Verneuil. Tout médecin la met en pratique aujourd'hui, les ankilophobes sont bien peu nombreux.

Quant à la compression, c'est A. Paré qui en eut le premier l'idée; mais ce n'est qu'avec Cruthwel, Brodie et Samuel Cooper que reparaît ce mode de traitement, dont on peut être étonné de ne pas voir plus tôt l'efficacité appréciée à sa juste valeur. M. Richet, dans son savant mémoire sur les tumeurs blanches, en recommande l'usage. Il en étudie avec la plus grande sagacité les effets et le mode d'action. Elle calme les douleurs, elle décongestionne l'articulation, facilite la cicatrisation des fistules et des ulcérations, et en privant les fongosités du sang qui entretient leur vitalité, elle les atrophie, les transforme et en hâte la résorption.

Immobilisation et compression, tel est le principe même de l'appareil de Scott.

DEUXIÈME PARTIE.

Appareil de Scott contre les engorgements articulaires et les tumeurs blanches.

(*Revue thérapeutique du Midi*, 15 décembre 1853.)

Imaginé par Scott en 1828, cet appareil se compose de plusieurs couches superposées et rangées dans l'ordre suivant en procédant de l'extérieur à l'intérieur:

1° D'une *bande de flanelle;*

2° D'un *cérat de savon* appliqué sur de la *peau blanche* qu'on divise ensuite en quatre larges pièces, une pour chaque côté de l'articulation. Ce savon est composé des substances suivantes:

Savon.....	300 gr.
Cire..... ..	45 gr.
Litharge.....	450 gr.
Huile d'olive.....	600 gr.
Vinaigre.....	300 gr.

3° De *bandelettes de sparadrap* dont la largeur doit varier suivant le volume de l'articulation et dont la longueur doit être telle qu'elles puissent faire deux fois le tour.

4° *De bandes de toile* larges de quatre travers de doigt environ, assez longues pour dépasser l'articulation au-dessus et au-dessous et recouvertes d'un onguent préparé d'après la formule suivante:

Cérat de savon (formule ci-dessus)	30 gr.
Onguent mercuriel.....	30 gr.
Camphre.....	4 gr.

Application. — Après avoir lavé la surface de l'articulation et l'avoir ensuite soigneusement essuyée, on frictionne doucement cette surface avec de l'alcool camphré pendant quelques minutes jusqu'à ce que la partie soit chaude et légèrerement rouge. Cette opération préliminaire terminée, on applique sur la partie malade les bandes de toile recouvertes du cérat mélangé avec l'onguent mercuriel. Ces bandes doivent être en assez grand nombre pour recouvrir toute l'articulation et être disposées suivant la direction de l'axe du membre.

Au-dessus des bandes de toile, on applique les bandelettes de sparadrap, en les posant d'abord par le milieu de leur longueur et en leur faisant ensuite parcourir le tour du membre, de manière que les chefs reviennent au point d'où l'on est parti; ces bandelettes doivent être assez nombreuses pour recouvrir, dans toute leur étendue, les bandes de toile; elles doivent aussi être assez serrées, mais pas au point d'empêcher la circulation veineuse.

Sur ce bandage adhésif, on met ensuite les lanières de peau recouvertes d'une couche assez épaisse du cérat de savon et l'on termine ensuite par la bande de flanelle, qu'on fixe de façon à maintenir toutes les pièces de l'appareil en rapport avec les parties malades.

Le bandage ainsi appliqué doit rester en place pendant 10 à 15 jours, et l'on ne doit y toucher que pour desserrer la bande si la circulation était gênée, ou bien que pour le réappliquer si elle venait, au contraire, à se relâcher.

Scott eut des imitateurs. Dans un article publié par M. A. Bourdel, intitulé: *Quelques effets du bandage de Scott*, on lit : « Ce bandage a été importé à Montpellier et peut-être en »France, par M. Broussonnet fils, qui l'a appliqué maintes

»fois en ville et à l'Hôpital-Général, où il est médecin en »chef, et l'a fait connaître à plusieurs praticiens de Montpel- »lier et des environs, entre autres à M. de Castelnau, de »Nimes qui, dernièrement a publié, dans le *Journal de la »Société de médecine pratique de Montpellier*, une note sur »les bons effets qu'il en a retirés. Ce médecin joint à l'appa- »reil de Scott le bandage amidonné de Seutin.»

Malgré les bons résultats et les succès obtenus, l'appareil de Scott tomba dans l'oubli, et ce n'est qu'en 1879, à la Société de Chirurgie, que M. le Dr Suchard, après un voyage en Suisse, le remit au jour en le modifiant et en le modernisant. Il conseille de recouvrir l'articulation malade d'un morceau de lint ou charpie anglaise, recouverte d'une épaisse couche de la pommade mercurielle; au-dessus, il applique les bandelettes de diachylon, et il obtient l'immobilisation à l'aide de valves de cuir flexible mais résistant, maintenues par une bande de toile.

M. le Dr Poirier, à l'aide d'observations recueillies dans les services de Berck, a fait, sur ce sujet, une thèse très intéressante (Paris, 1882); il y décrit les quelques modifications pratiques apportées par M. Cazin à l'appareil de Scott et de Suchard. Voici, dit-il, comme nous avons vu appliquer le pansement à l'hôpital maritime: application d'une couche de pommade mercurielle préparée suivant la formule du Dr Suchard étendue sur une couche de coton cardé. La compression à l'aide des bandelettes se fait sur le coton. Puis la carapace emplastique étant complète, enroulement dans une nouvelle couche d'ouate, laquelle est recouverte à son tour par une bande roulée silicatée. C'est en somme une combinaison heureuse de l'appareil de Scott et de la compression élastique.

Grâce à cette modification, les petits malades de Berck-sur-Mer vont, viennent, jouent dans l'hôpital, sur la plage,

et profitent du soleil et de l'air de la mer si efficace pour rétablir la constitution, la plupart du temps affaiblie par le vice scrofuleux.

Il est juste d'ajouter que cet appareil ne permet pas la balnéation, laquelle peut s'effectuer avec celui du Dr Suchard.

Appareil employé à Berck. — On ne recherche pas la rubéfaction de la peau, mais on applique directement sur l'articulation malade, le genou, par exemple, et de façon à l'entourer complètement, une compresse recouverte de:

Onguent napolitain	250 gr.
Camphre	50 gr.
Cire jaune	60 à 80 gr.

Au-dessus, une mince couche de ouate, maintenue avec une bande de toile qu'on serre bien.

Au-dessous de cette bande on applique les bandelettes de diachylon en les imbriquant comme dans le cas d'ulcères de la jambe.

La compression doit être bien méthodique et assez forte; puis nouvelle couche d'ouate recouverte par une bande silicatée.

En terminant, nous citerons l'article de M. Pécholier, écrit avec la verve qui caractérise ce spirituel agrégé. Le titre est: *L'emplâtre de Scott rationalisé* (*Montpellier médical*, p. 381, novembre 1879).

«A propos d'un article intéressant inséré par mon collègue et ami le Dr Guinier, dans le *Moniteur de thérapeutique*, sur les effets remarquables de l'appareil Scott, je suis heureux de pouvoir dire que mon expérience personnelle parle dans le même sens, et qu'il y a 15 ans déjà, en 1864, j'ai fait à l'Académie des sciences, une communication sur ce sujet. Je dois ajouter cependant que, en préconisant l'appareil en question, je lui ai fait subir des modifications pour le rendre rationnel.

»C'est ainsi, que j'ai remplacé l'emplâtre n° 2 par de simples bandelettes de sparadrap ordinaire imbriquées, et que

quant à l'action résolutive de la couche n° 3, placée sur de larges lanières de peau blanche, elle m'a paru tout-à-fait pareille à celle des fameux emplâtres sur une jambe de bois dont parle le vieux dicton.

»Cette troisième couche ne peut donc agir que comme moyen d'immobiliser l'articulation. Nous avons aujourd'hui des agents d'immobilisation beaucoup plus sûrs et plus commodes, la dextrine ou le silicate de potasse par exemple. On doit en outre ajouter sous la bande silicatée une couche d'ouate ou de coton pour rendre la compression plus régulière et toujours inoffensive.

»Je crois certainement à l'action résolutive et fondante de l'onguent de Scott. Je crois aussi aux heureux effets compressifs que l'appareil produit, mais le principal mérite de Scott a été de deviner, pour ainsi dire, ce que les chirurgiens modernes ont mis si bien en saillie aujourd'hui, l'influence prépondérante de l'immobilisation dans la cure des maladies.

»C'est parce que je n'ai pas été le dernier à comprendre cette vérité, que depuis 20 ans, j'ai employé l'appareil de Scott en remplaçant la troisième couche d'emplâtre fondant, qui, au premier abord, semblait absurde, par un bandage dextriné.

»Je dois ajouter que dans ma pratique, déjà ancienne, j'ai guéri par l'appareil de Scott, modifié et rationalisé, un certain nombre d'arthrites graves.

»Je n'ai jamais obtenu de succès aussi éclatants qu'à Alger, en 1859, alors que j'étais professeur de clinique. J'eus la satisfaction de guérir définitivement, par un traitement de plusieurs mois, une femme atteinte de tumeur blanche du genou, avec trajets fistuleux, pour laquelle, une consultation de trois chirurgiens distingués avait jugé l'amputation urgente.»

Action de l'appareil de Scott. — Il est avant tout un appareil compressif et immobilisateur.

Compressif. — Car les bandelettes de diachylon imbriquées constituent un des meilleurs modes de compression. Elles permettent de comprimer d'une façon absolument méthodique et mesurée à l'effet à produire.

Imobilisateur. – Car l'application d'une ou plusieurs bandes silicatées autour de l'articulation et du membre est suffisante pour empêcher tous les mouvements de l'article.

Quel est le rôle de la pommade mercurielle?

Quelques thérapeutistes la regardent comme un antiphlogistique qui convient aussi bien dans la période inflammatoire que dans la période d'inflammation des tumeurs blanches. M. Richet la considère comme un excellent résolutif qui agit avec rapidité et énergie.

Pour M. Sichard, l'onguent napolitain agirait surtout contre la suppuration abondante, qui diminuerait d'une façon réelle, comme si la prolifération des cellules purulentes était enrayée; il lui attribue aussi une action antiseptique.

La pommade mercurielle agit donc, mais agit localement, car jamais, dans aucun cas, on n'a vu se produire de gingivite, de salivation, ni d'accidents, même quand il existe des fistules.

On ne pourrait affirmer cependant qu'elle a une grande action. M. Cazin a eu l'idée de remplacer l'onguent napolitain par de la simple vaseline, les résultats obtenus ont été aussi satisfaisants. Il y a donc lieu de croire que c'est avant tout par l'immobilisation et la compression qu'agit l'appareil de Scott.

L'appareil peut rester en place 20 et 30 jours et même plus, quand il n'y a pas de suppuration ou que celle-ci est peu abondante. Dans les circonstances contraires, l'appareil sera changé plus souvent, et aussitôt qu'on constatera de l'odeur.

Durée de l'application. — Il est impossible de fixer la durée de son emploi et le nombre de réapplications.

Indications. — Tous les degrés et toutes les formes de la maladie semblent avantageusement modifiés par l'appareil Scott. Il agit surtout quand les fongosités sont abondantes, quand les extrémités osseuses sont augmentées de volume, sans que les lésions destructives du côté des os soient très avancées. Il paraît agir d'une façon plus saisissante quand les fistules sont formées et que la suppuration est établie, pourvu que celle-ci ne soit pas trop abondante. Il doit être employé dans les arthrites du genou, du cou-de-pied, du poignet et du coude.

Dans les cas de suppuration, on aura le soin de laisser des ouvertures correspondant aux fistules.

En résumé, l'appareil de Scott mérite d'être vulgarisé, parce qu'il n'est jamais nuisible, qu'il amène souvent la guérison, permet l'exercice au malade et n'empêche pas l'emploi des autres procédés.

Observation I.

(Communiquée par le Dr A. Bourdel, professeur-agrégé de la Faculté de Médecine de Montpellier.

Arthrite blennorrhagique (Homme de 40 ans. — Application de l'appareil de Scott. — Guérison après 4 mois.)

Le nommé M..., roulier de profession, âgé d'une quarantaine d'années, né au Caylar, d'un tempérament bilieux,

lymphatique, d'une constitution robuste, mais détériorée, était au dépôt de police depuis quatre mois et deux jours, lorsque je fus nommé interne le 15 janvier 1845. Il avait alors une blennorrhée avec écoulement peu abondant sans douleur aucune et une arthrite chronique du genou dont l'apparition était antérieure à son entrée à l'hôpital. Il y avait de la douleur et de la difficulté dans les mouvements; la rotule, quoique mobile, était projetée en avant et les condyles du fémur et du tibia étaient sensiblement tuméfiés. Cependant le genou avait conservé sa forme normale.

L'apparition de cette maladie avait coïncidé avec la cessation brusque de l'écoulement uréthral, et plusieurs fois nous avons pu observer dans la suite de l'amélioration dans les symptômes de la maladie du genou, lorsque l'écoulement uréthral augmentait. Il était inscrit sur les cahiers comme ayant une gonorrhée et une arthrite blennorrhagique. Cet homme avait eu d'autres maladies syphilitiques mal traitées.

Il fut longtemps soumis à un traitement par la liqueur de Van Swieten dont il prit 74 cuillerées et les bains de sublimé; il en prit 22 avec 12 gr. chacun. Plus tard, on lui fit prendre de l'iodure de potassium en commençant par 1 gr. et augmentant tous les trois jours de 25 centigr.

En tout, il prit 131 gr. d'iodure de potassium.

Sous l'influence de ce remède, la blennorrhagie avait cessé, on avait cru remarquer de l'amélioration du côté du genou, mais elle ne fut sensible que, lorsque vers la fin du traitement, on posa pour la première fois le bandage de Scott. A la première levée, on put se convaincre que la circonférence du genou malade avait diminué de deux lignes. Du reste, pendant tout le temps qu'il le garda, M... put aisément se remuer dans le lit et n'éprouva pas de douleur dans le genou. L'appareil fut réappliqué une seconde et une troisième fois, le 27 janvier et le 14 février, et chaque fois on observa une

diminution sensible dans le volume et une amélioration marquée dans les symptômes.

Dès la seconde application du bandage, le malade put marcher dans la salle avec des béquilles, et à la troisième il descendait dans la cour et remontait l'escalier avec une seule béquille.

Enfin, on posa une quatrième fois le bandage et à sa levée on fit marcher le malade d'abord avec précaution et avec des béquilles, puis sans ce secours. Nous devons ajouter qu'à fin de rendre les mouvements plus faciles, il fit quelques frictions avec la pommade mercurielle et puis avec de l'huile de jusquiame. Enfin, il sortit guéri le 21 mai 1845.

Observation II.

(*Communiquée par A. Bourdel*).

Fille de 20 ans. — Hygroma du genou. — Application de l'appareil de Scott. — Guérison.

Marguerite, fille naturelle de l'Hôpital-Général, âgée de 20 ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution très robuste, portait depuis un an environ, sur la face antérieure de la rotule gauche, un hygroma que nous ne pouvons mieux comparer, quant à la forme et au volume, qu'à une seconde rotule qui aurait été superposée à la naturelle. La tumeur était dure, résistante, sans douleur et avait augmenté graduellement. Elle ne pouvait être attribuée à d'autre cause qu'à la compression longtemps prolongée de la partie, par Marguerite, dans les fonctions qu'elle remplissait à la cuisine ou par la position à genoux que les prières de l'hôpital l'obligeaient à garder. On sait que l'hygroma s'observe souvent chez les moines et surtout chez les fakirs de l'Inde, qui passent leur vie dans cette posture.

M. Broussonnet appliqua sur cette tumeur le bandage de Scott, et Marguerite ne fut nullement entravée dans ses occupations.

Le lendemain je fus seulement obligé de relâcher un peu la bande, la jambe et le pied étant tuméfiés et douloureux par la gêne de la circulation. Il resta en place le temps ordinaire, c'est-à-dire trois semaines, après lesquelles la tumeur avait diminué de la moitié et était devenue molle et fluctuante je dirai presque flétrie. Le lendemain, M. Broussonnet réappliqua le bandage et à sa levée la tumeur n'avait pas plus de volume qu'une petite amande. Enfin, une troisième application en débarrassa complètement la malade qui n'a pas été plus gênée que si elle n'avait pas fait de traitement. Il y a un an environ depuis lors, et Marguerite n'a plus rien vu au genou. Elle a pu entrer en condition et se trouve aujourd'hui à Lunel.

Observation III

Communiquée par le Dr Saussol, clientèle de M. Dubrueil.

Fillette de 12 ans. — Tumeur blanche articulation du genou droit. — Tuméfaction considérable des os. — Fongosités articulaires de chaque côté de la rotule. — Pointes de feu, appareil plâtré. — Emplâtre de Scott sans résultat bien évident. — Bains de Balaruc. — Amélioration.

Rose X..., âgée de 12 ans, d'une bonne santé habituelle, d'une très forte complexion pour son âge, lymphatique, éprouve d'abord de la douleur dans le genou droit quelque temps après une chute et boîte légèrement en marchant. Peu à peu la douleur augmente, le genou acquiert un volume plus considérable, les os se tuméfient, enfin, la malade ne peut plus marcher.

Juillet 1882. M. le professeur Castan prescrit des bains de mer. La jeune malade, non suffisamment surveillée, se roule

toute la journée dans le sable et se fatigue beaucoup; aussi, loin de s'améliorer, la situation s'aggrave.

Septembre 1882. Genou volumineux, demi-fléchi; condyles du fémur et tête du tibia tuméfiés, augmentés de volume; fongosités manifestes de chaque côté de la rotule et dans le creux poplité; douleur vive à la moindre pression.

Traitement. — Les bains de mer n'ayant donné aucun résultat, M. le professeur Dubrueil, appelé en consultation, conseille le redressement du membre dans le sommeil chloroformique, pointes de feu peu profondes, appareil plâtré pour immobiliser le genou.

Quelques mois après, on enlève l'appareil; on a obtenu ainsi un redressement suffisant; mais le genou est toujours volumineux, la douleur est vive. M. le professeur Dubrueil prescrit alors un emplâtre de Scott ainsi appliqué.

30 janvier 1883. Après avoir taillé les trois emplâtres en bandelettes de deux travers de doigt environ, capables de faire une fois et demi le tour du genou à recouvrir, il faut les imbriquer successivement de bas en haut du genou en formant trois couches superposées, une première avec les bandelettes de pommade mercurielle, une deuxième avec les lanières de diachylon pour maintenir la première et une troisième par dessus les deux autres avec les bandes de peau recouvertes de cérat de savon. On peut recouvrir le tout avec une bande de flanelle ou de toile pour protéger les vêtements mais l'appareil tient par lui-même.

Ce nouvel appareil est laissé en place près de un mois. Après ce temps il semble que les fongosités aient diminué; mais la tuméfaction est toujours considérable et la douleur très vive. La peau du genou est très rouge et se desquame; l'irritation est vive, il n'y a pas toutefois de tendance à la formation d'un abcès. La santé générale est très bonne.

Traitement général ; solution d'iodure de potassium à doses fractionnées longtemps prolongées.

12 mars 1883. Le genou ayant de la tendance à se fléchir de nouveau, on décide d'appliquer un nouvel appareil plâtré dans les mêmes conditions que le premier.

Après quelques mois de repos, juillet 1883, la malade va aux eaux de Balaruc où elle prend des bains; on lui envelope aussi le genou avec des cataplasmes de boue prise à la source.

Par suite du repos prolongé et des bains de Balaruc, la douleur diminue; la malade qui ne pouvait faire le moindre mouvement avec sa jambe, sans éprouver de vives douleurs, peut marcher avec des béquilles. Il y a une amélioration réelle, mais la guérison est loin d'être encore obtenue.

L'emplâtre de Scott n'a pas donné, dans ce cas, de résultat bien évident.

Observation IV.

Jeune garçon, 10 ans. — Tumeur blanche genou gauche. — Fongosités. — Frictions avec de la teinture d'iode. — Bains de mer. — Deux emplâtres de Scott.

P. C..., âgé de 10 ans, lymphatique, scrofuleux, se laissa tomber en jouant et se fit mal à un genou sans qu'on y prît garde.

En janvier 1884, il commença à se plaindre du genou gauche ; il marchait péniblement, mais comme on mettait ces phénomènes douloureux sur le compte de la croissance, on y prêta d'abord peu d'attention.

Peu à peu le genou augmenta de volume, les os se tuméfièrent, la douleur devint intense, des béquilles furent nécessaires. Les applications de teinture d'iode ne donnèrent pas de résultat. Juillet 1884, nous conseillâmes alors les bains de mer, en recommandant de ne pas laisser trop marcher

l'enfant. Nos conseils ne furent suivis qu'à demi, au retour des bains de mer la tuméfaction avait augmenté, le genou était rouge, douloureux. Il y avait des fongosités manifestes en divers points; la formation d'abcès avec trajets fistuleux était à craindre. Repos absolu dans le décubitus dorsal ou assis, la jambe allongée, cataplasmes émollients, huile de foie de morue. Les phénomènes inflammatoires diminuèrent mais la tuméfaction était toujours considérable; nous eûmes alors l'idée d'appliquer un emplâtre de Scott. L'emplâtre fut très bien supporté; nous recommandâmes le repos absolu et cette fois avec plus d'insistance. Après un mois et demi, l'appareil fut coupé, le genou avait beaucoup diminué et était moins douloureux; il fut laissé quelques jours à découvert, enveloppé seulement de coton. Continuer l'huile de foie de morue. En février 1885, application d'un nouvel emplâtre de Scott qui fut laissé en place près de deux mois.

Actuellement juin 1885, le genou malade est encore un peu plus volumineux que l'autre, mais la douleur a disparu et la marche facile; il n'y a pas de raideur articulaire, les fongosités ne se perçoivent plus. Néanmoins, le jeune malade est surveillé. Une nouvelle saison aux bains de mer amènera, nous l'espérons, une guérison complète.

Observation V.

Jeune garçon, 8 ans. — Tumeur blanche 'genou gauche. — Fongosités articulaires — Emplâtre de Scott sans effets. — Suppuration. — Trajets fistuleux. — Guérison.

Jeune garçon de 8 ans, pâle, très anémique, souffre depuis quelque temps du genou gauche. Ce genou s'est tuméfié peu à peu, mais n'a pas atteint un volume considérable, ce qui domine surtout, c'est l'altération de la synoviale; il y a des

fongosités très saillantes qui tendent à perforer la peau. Après plusieurs badigeonnages de teinture d'iode et l'emploi de l'huile de foie de morue, on applique un emplâtre de Scott qui est laissé en place près d'un mois et demi. Après ce temps, on ne constate aucune amélioration. Les fongosités sont toujours très nombreuses, surtout sur les côtés de la rotule; s'étant un peu fatigué pour marcher, les phénomènes inflammatoires augmentèrent, la fluctuation devint bientôt manifeste et deux trajets fistuleux donnèrent issue à un pus séreux, sans odeur. Les petits abcès coulèrent ainsi plusieurs mois pendant lesquels on continua l'huile de foie de morue et les injections de teinture d'iode. Peu à peu l'état général se modifia ainsi que l'état local, la suppuration devint de moins en moins intense, les fongosités diminuèrent et le jeune malade put enfin marcher, sans qu'il y ait la moindre raideur dans le genou. La maladie avait duré plus de deux ans.

Observation VI.

(*Personnelle*).

Homme de 45 ans. — Arthrite chronique du genou droit, probablement de nature rhumatismale. — Emplâtre de Scott. — Repos. — guérison.

J. B.., 45 ans, cultivateur, a souffert à diverses époques de douleurs articulaires de peu de durée, Depuis quelques mois, il éprouve des raideurs dans les principales articulations et les doigts tendent à se nouer.

A la suite des grandes fatigues que nécessite son travail, le genou droit a été plus particulièrement atteint; il a augmenté peu à peu de volume, sans que la douleur ait été jamais très vive.

Au moment où le malade se présente, le genou a acquis des dimensions énormes; les condyles du fémur ainsi que

l'extrémité du tibia ont considérablement augmenté de volume, le genou est raide et à demi-fléchi. On ne sent pas de fongosités au niveau de l'interligne articulaire ; il n'y a pas de liquide dans l'articulation. La pression est douloureuse.

L'emplâtre de Scott paraissant indiqué est appliqué suivant la méthode habituelle ; on recommande au malade de rester au lit le plus longtemps possible et de ne marcher qu'avec deux béquilles sans appuyer le pied droit.

Après un mois et demi, on retire l'appareil, la tuméfaction des os a beaucoup diminué; quelques badigeonnages à la teinture d'iode, quelques tours de bande sont encore appliqués pendant deux ou trois semaines.

Le genou revient à son volume normal, la raideur articulaire disparaît peu à peu, après quelques mouvements et le malade guéri peut marcher sans avoir besoin de soutien.

Observation VII.

(*Personnelle.*)

Femme 45 ans, arthrite chronique cou-de-pied gauche, suite d'entorse négligée.— Emplâtre de pommade mercurielle. — Amélioration.

Françoise X..., couturière, célibataire, rarement malade, jamais de rhumatismes.

En décembre 1883, elle se dévia le pied gauche en marchant dans la rue et éprouva une douleur vive. Les jours suivants, raideur dans cette articulation avec léger gonflement. Obligée de sortir pour ses occupations, elle continua à marcher, non sans de grandes difficultés. Les commères à qui elle parla de ce qu'elle ressentait, lui conseillèrent de se forcer un peu, de crainte que l'articulation ne se raidisse

et ne cessât de jouer. Elle fit si bien qu'au bout de quelque mois (juin 1884), la cheville fut extrêmement volumineuse, les os tuméfiés ; la moindre pression, un simple contact, provoquait une douleur des plus violentes. Le pied est dévié en dehors, des fongosités sont très manifestes au niveau de la malléole interne. Repos absolu au lit. Cataplasmes émollients.

Septembre 1884. Application d'un emplâtre de Scott modifié, à cause du prix: il coûte 10 à 12 fr. Des bandelettes de toile fine enduites d'une épaisse couche d'onguent napolitain belladoné sont appliquées directement sur le cou-de-pied, imbriquées l'une sur l'autre pour exercer une légère compression ; d'autres bandelettes de sparadrap sont également imbriquées sur le premier emplâtre pour le fixer ; le tout est recouvert d'une bande de flanelle, modérément serrée à cause de la douleur. Cet emplâtre est renouvelé deux fois après un intervalle d'un mois chaque fois. Peu à peu, la douleur a diminué, ainsi que la tuméfaction ; il y a encore de la raideur, et la malade marche péniblement; mais l'amélioration est considérable, les bains de mer ou de Balaruc pourraient certainement amener la guérison.

FIN.

Vu bon à imprimer :
Le Doyen,
CASTAN.

Vu:
Le Président censeur,
ESTOR.

Permis d'imprimer :
P. le Recteur de l'Académie,
Le Doyen de la Faculté de Droit délégué,
VIGIÉ.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !